UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER N° 11

FACULTÉ DE MÉDECINE

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DU FIBROME DE LA PAROI ABDOMINALE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 30 Novembre 1910

PAR

Marcel BERTRAND

Né à Laroque-des-Albères (Pyrénées-Orientales), le 28 août 1883

Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine

Examinateurs de la Thèse { BOSC, Professeur, *Président.* / GRANEL, Professeur / SOUBEYRAN, Agrégé / EUZIERE, Agrégé } *Assesseurs*

MONTPELLIER
IMPRIMERIE COOPÉRATIVE OUVRIÈRE
14, Avenue de Toulouse, 14
1910

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU FIBROME DE LA PAROI ABDOMINALE

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER N° 11

FACULTÉ DE MÉDECINE

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DU FIBROME
DE LA PAROI ABDOMINALE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 30 Novembre 1910

ACAD. LUGD. BAT. BIBL.

PAR

Marcel BERTRAND

Né à Laroque-des-Albères (Pyrénées-Orientales), le 28 août 1883

Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine

Examinateurs de la Thèse	BOSC, Professeur, *Président.*	
	GRANEL, Professeur	*Assesseurs*
	SOUBEYRAN, Agrégé	
	EUZIERE, Agrégé	

MONTPELLIER
IMPRIMERIE COOPÉRATIVE OUVRIÈRE
14, Avenue de Toulouse, 14
1910

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Administration

MM. MAIRET (✲)	DOYEN.
SARDA	ASSESSEUR.
IZARD	SECRÉTAIRE

Professeurs

Clinique médicale	MM. GRASSET (✲). Chargé de l'enseig[t] de pathol. et thérap. génér
Clinique chirurgicale	TEDENAT (✲).
Thérapeutique et matière médicale	HAMELIN (✲).
Clinique médicale	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerveuses	MAIRET (✲).
Physique médicale	IMBERT.
Botanique et histoire naturelle médicales	GRANEL.
Clinique chirurgicale	FORGUE (✲).
Clinique ophtalmologique	TRUC (✲).
Chimie médicale	VILLE.
Physiologie	HEDON.
Histologie	VIALLETON.
Pathologie interne	DUCAMP.
Anatomie	GILIS (✲).
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	ESTOR.
Microbiologie	RODET.
Médecine légale et toxicologie	SARDA.
Clinique des maladies des enfants	BAUMEL.
Anatomie pathologique	BOSC.
Hygiène	BERTIN-SANS (H.)
Pathologie et thérapeutique générales	RAUZIER. Chargé de l'enseignement de la clinique médicale.
Clinique obstétricale	VALLOIS.

Professeurs adjoints : MM. DE ROUVILLE, PUECH, MOURET.

Doyen honoraire : M. VIALLETON.

Professeurs honoraires : MM. E. BERTIN-SANS (✲), GRYNFELTT.

Secrétaire honoraire : M. GOT.

Chargés de Cours complémentaires

Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées	MM. VEDEL, agrégé.
Clinique annexe des maladies des vieillards	VIRES, agrégé libre.
Pathologie externe	LAPEYRE, agrégé libre.
Clinique gynécologique	DE ROUVILLE, prof.-adj.
Accouchements	PUECH, profes.-adjoint.
Clinique des maladies des voies urinaires	JEANBRAU, agrégé libre.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURET, profes.-adj.
Médecine opératoire	SOUBEYRAN, agrégé.

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE.	MM. LAGRIFFOUL.	MM. DERRIEN.
VEDEL.	LEENHARDT.	DELMAS (Paul).
POUJOL.	GAUSSEL.	MASSABUAU.
SOUBEYRAN.	RICHE.	EUZIERE.
GRYNFELTT (Ed.)	CABANNES.	LECERCLE.

Examinateurs de la thèse :

MM. BOSC, *président.*	MM. SOUBEYRAN, *agrégé.*
GRANEL, *professeur.*	EUZIERE, *agrégé.*

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

Son souvenir ne s'effacera jamais.

A MA MÈRE

A MES FRÈRES EUGÈNE ET JEAN

A MADEMOISELLE LOUISE VINSAC, MA FIANCÉE

A MONSIEUR LE COMMANDANT DALVERNY

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A MES PARENTS ET BEAUX-PARENTS

M. BERTRAND.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE DOCTEUR BOSC

PROFESSEUR D'ANATOMIE PATHOLOGIQUE
A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER

A MONSIEUR LE PROFESSEUR GRANEL

A M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ SOUBEYRAN

A M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ EUZIÈRE

A MONSIEUR LE DOCTEUR JOSEPH MASSOT

CHIRURGIEN EN CHEF DE L'HÔPITAL DE PERPIGNAN

A MES MAITRES
DES HOPITAUX DE PERPIGNAN ET DE BONE

M. BERTRAND.

A MON AMI LE DOCTEUR JOSEPH QUILLIÉ

En souvenir des heures tour à tour tristes et délicieuses passées sous le ciel d'Algérie.

A MON VIEIL AMI
LE DOCTEUR CHARLES DE GUARDIA

A MONSIEUR LE DOCTEUR JOSEPH MANYA

A MON AMI MAITRE ROCARIES

MEIS ET AMICIS

M. BERTRAND.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

FIBROME DE LA PAROI ABDOMINALE

INTRODUCTION

Durant notre internat dans les hôpitaux de Perpignan, nous avons pu observer un petit garçon de 22 mois, porteur d'une tumeur de la paroi abdominale antérieure. Nous avons été frappé de ce fait, car les fibromes de la paroi abdominale sont l'apanage à peu près exclusif de la femme. Aussi publions-nous cette observation que nous avons pu présenter aussi complète que possible, grâce à l'amabilité de M. le docteur Joseph Massot, chirurgien en chef de l'hôpital civil de Perpignan, qui nous a fourni tous les renseignements qu'il possédait sur ce jeune malade, et grâce à la bienveillance de notre maître M. le professeur Bosc qui a bien voulu pratiquer l'examen histologique de la tumeur.

Après avoir, dans un premier chapitre, dit quelques mots sur l'anatomie pathologique, symptômes, diagnostic et traitement des fibromes de la paroi abdominale, nous exposons, dans un second chapitre, les diverses théories pathogéniques. Puis vient notre observation, suivie de la nomenclature de toutes les observations que nous avons pu recueillir. Enfin l'étude critique des diverses théories précède les conclusions.

GÉNÉRALITÉS SUR LES FIBROMES DE LA PAROI ABDOMINALE

Anatomie pathologique. — Les fibromes de la paroi abdominale sont en général uniques, il n'y a guère que trois ou quatre observations où la tumeur était double. On peut les rencontrer dans toute l'étendue de la paroi abdominale, même à l'ombilic et sur la ligne blanche. Toutefois leur siège de prédilection est la région inguinale, puis par ordre de fréquence, l'hypogastre, le flanc, l'hypochondre, l'épigastre et la zone ombilicale. Nous ne faisons que signaler la fréquence de la tumeur au voisinage de l'arcade de Fallope, nous nous réservons d'en parler plus haut.

Autant il est facile de déterminer le siège topographique de ces néoplasmes, autant il est difficile de dire exactement la situation qu'ils occupent par rapport aux différents plans musculo-aponévrotiques de la paroi. Sur ce point, en effet, les observations des auteurs sont, d'une façon générale, peu précises. Toutes les variations ont été signalées, parfois superficielles, recouvertes par la peau et le fascia superficialis, situées dans d'autres cas au milieu des muscles qui les entourent de toutes parts;

on voit aussi de ces tumeurs se trouver en rapport avec la séreuse péritonéale à laquelle elles peuvent adhérer très intimement.

Leur volume est variable, on en rencontre de la grosseur d'une noisette, on en trouve aussi de géants qui surplombent les cuisses et descendent jusqu'au genou, cas de Rokitanski. Leur dimension dépend uniquement de la période de leur évolution où on les a opérés.

Deux types sont classiques : Certains fibromes sont isolés, énucléables, tandis que d'autres présentent un pédicule qui les rattache soit au squelette voisin, soit aux insertions aponévrotiques de la région. Mais cette dernière forme est rare et MM. Labbé et Rémy discutent les observations qui en ont été rapportées, et concluent « que le pédicule n'existe pas souvent, s'il a jamais existé ».

Il est bien difficile d'être fixé sur ce point, ce n'est d'ailleurs pas la seule partie litigieuse de la question. La constitution de ces néoplasmes donne lieu à de nouvelles discussions.

Généralement ovoïdes, dures, à surface lisse ou légèrement bosselée, ces tumeurs présentent à la coupe un aspect blanc grisâtre. Le tissu crie sous le scalpel. Leur surface de section est sillonnée de fibres nacrées qui tantôt s'entre-croisent sous divers angles, tantôt sont disposées en spirales, en tourbillons.

Microscopiquement elles sont constituées par du tissu fibreux ; « fibres larges ou étroites, rectilignes ou onduleuses du tissu conjonctif ».

Ces fibres s'entre-croisant et présentant par endroits l'aspect de tourbillons forment des mailles en général serrées, quelquefois assez larges, comblées par du tissu amorphe. Telle est du moins la description du fibrome

type. Lorsque la tumeur est volumineuse, il n'est pas rare qu'elle présente en certains points de la dégénérescence myxœdémateuse ou kystique. Parfois on a trouvé par places dans ces tumeurs des groupes de petites cellules à gros noyaux montrant que ces fibromes présentaient une transformation sarcomateuse.

Faut-il admettre comme fibrome de telles tumeurs ? C'est là un point qui a été discuté, et certains auteurs, entre autres M. Peyrot, soutiennent que « ce sont alors des sarcomes qui offrent pendant toute une période les caractères des fibromes ».

Une distinction capitale doit être faite entre les sarcomes et les fibromes proprement dits, la paroi abdominale peut présenter des sarcomes aponévrotiques de même que n'importe quelle autre région de l'organisme. Cependant nous ne croyons pas qu'on doive rejeter les tumeurs fibreuses qui présentent des coins sarcomateux, car tout fibrome peut présenter à un des stades de son évolution de la dégénérescence sarcomateuse. Aussi estimons-nous que de telles tumeurs doivent être comprises parmi les fibromes de la paroi abdominale, c'est d'ailleurs l'opinion de MM. Labbé et Rémy.

Une autre question se pose : Doit-on accepter les fibromes présentant des fibres musculaires lisses ? Nous ne le pensons pas. Aussi faisons-nous rentrer dans la catégorie des fibromes de la paroi abdominale l'observation que nous publions, qui est relative à un « fibro-myo-myxome avec par places des amas de cellules du type sarcomateux ».

SYMPTOMES ET DIAGNOSTIC

Le début de ces tumeurs passe complètement inaperçu. Le, ou plus souvent la malade qui n'a jamais ressenti de douleur a un jour son attention mise en éveil par la présence d'une saillie sur sa paroi abdominale. Au palper se dévoile la présence d'une formation anormale, dure, de la grosseur d'une noix ou d'un œuf de poule. C'est alors que l'on va trouver le chirurgien qui à l'examen se trouve en présence d'une tumeur ovoïde ou légèrement aplatie, dure, élastique, rénitente, à surface habituellement lisse. Elle est recouverte par de la peau normale, mobile, se laissant pincer. Le ventre étant en résolution musculaire, la tumeur se laisse déplacer et c'est dans cette manœuvre que l'on provoque souvent l'apparition d'une corde qui est produite par la tension des muscles ou d'aponévroses et qui dans certains cas a été prise à tort pour un pédicule.

Mais le déplacement de la tumeur n'est plus possible quand il y a contraction des muscles abdominaux. Le fibrome est alors immobilisé, et c'est là un signe pathognomonique (signe de Bouchacourt).

La toux et les efforts rendent le néoplasme plus apparent.

Lorsque le fibrome est arrivé à un certain degré de développement, on peut voir apparaître les troubles fonctionnels qui sont de deux ordres : la douleur et des phénomènes de compression.

Apparaissant spontanément ou à l'occasion de mouvements, les douleurs sont intermittentes, tantôt localisées à la tumeur, tantôt présentant des irradiations diverses ; il n'est pas rare de leur voir présenter des caractères névralgiques. Cependant il ne faudrait pas croire que ces phénomènes douloureux soient constants pour les gros fibromes, fréquemment l'on voit des fibromes énormes qui sont indolores.

L'on peut constater aussi des troubles viscéraux, principalement de la dyspepsie due à la compression des organes abdominaux par un grosse tumeur.

L'évolution de ces néoplasmes est irrégulière ; l'on verra fréquemment des périodes de développement rapide s'intercaler avec des états stationnaires d'une durée plus ou moins longue. Il ne faudrait pas espérer voir une de ces tumeurs s'arrêter dans son développement. Si la marche est irrégulière, elle est aussi progressive ; le fibrome augmente graduellement de volume et les symptômes de compression forcent le malade à venir demander les secours de la chirurgie.

Le diagnostic est généralement facile, surtout quand la tumeur est petite ; il ne faudra point confondre le fibrome avec un lipome ou un kyste de la paroi : sa dureté et son élasticité, sa surface lisse, l'indépendance de la peau, permettront de le distinguer d'un sarcome.

Si la tumeur est volumineuse, le diagnostic devient plus difficile, on pourra croire qu'elle est sous la dépendance d'un organe abdominal ou pelvien, de l'utérus par exemple.

TRAITEMENT

Tous les chirurgiens sont d'avis que la seule intervention rationnelle est l'intervention totale, complète et radicale.

Dans la statistique publiée en 1889 par Haquin dans sa thèse, nous voyons, sur 125 cas de fibromes traités par l'extirpation, 31 décès, 80 guérisons simples, 11 éventrations. Les décès sont généralement dus à de la péritonite, et ceci s'explique ; c'est que, en effet, la majeure partie des observations recueillies par Haquin sont antérieures à l'ère aseptique ; nul n'ignore que jadis l'ouverture du péritoine entraînait presque toujours la mort. Il n'en est plus ainsi de nos jours, et c'est couramment que le chirurgien ouvre le péritoine sans avoir d'accident. Aussi nous pouvons, contrairement aux conclusions de Haquin, dire que l'extirpation d'un fibrome est inoffensive. Sa statistique toutefois laisse persister un point sombre, c'est le nombre relativement élevé d'éventrations ; 11 fois sur 125 cas l'opération a été suivie d'éventration, c'est là une complication ennuyeuse qui obligera le malade à porter un appareil contentif durant le reste de ses jours.

Une autre complication est elle aussi à redouter, c'est la persistance de douleurs névralgiques au niveau de la perte de substance. Cependant, malgré le risque de ces complications, on peut considérer que l'intervention est

toujours indiquée. Il y a bien des cas où la tumeur reste stationnaire pendant de nombreuses années, cas qui sembleraient plaider en faveur de l'expectative. Mais, même quand la tumeur reste stationnaire, il faut prévoir le jour où reprenant une marche rapide elle nécessitera l'intervention en entraînant des douleurs ou des phénomènes de compression. Aussi, attendre, n'est-ce que différer la date de l'opération. Or plus l'intervention est précoce, plus la tumeur est petite au moment de son extirpation, plus on a de chances de ne voir comme suite ni névralgies, ni éventration.

Nous n'insisterons pas sur la technique de l'intervention : inciser suivant le grand axe du néoplasme, libérer le plus possible la tumeur, sectionner si cela est nécessaire ses adhérences aux muscles et aux aponévroses, excision du péritoine si elle lui est intimement soudée, enfin suture des différents plans.

THÉORIES PATHOGÉNIQUES

I. — Théorie ostéo-périostique. — Ce furent les travaux d'Huguier qui attirèrent l'attention sur les fibromes de la paroi abdominale. Dans la communication à la Société de chirurgie sur « certaines tumeurs fibreuses rencontrées chez la femme », il signalait la présence d'un pédicule à peu près constant, pédicule qui reliait le fibrome au squelette, aboutissant en général au périoste de l'épine iliaque antéro-supérieure. Nélaton, confirmant ce point, admet l'origine ostéo-périostique de ces fibromes, et cette théorie, soutenue aussi par Baudin, Nicaise, etc., devint classique en France, tandis qu'à l'étranger au contraire la théorie fibro-musculaire était admise.

II. — Théorie musculo-aponévrotique. — Soutenue en France par Guyon, à l'étranger par Cornils, cette théorie, basée sur l'union des fibromes avec les aponévroses, fait développer les fibromes aux dépens du tissu conjonctif ou des aponévroses. Les observations de Tillaux et Nicaise viennent à l'appui de cette opinion. Les partisans de la nouvelle théorie tendent à nier l'existence

de pédicules. La tumeur a pour eux une origine musculo-aponévrotique.

III. — Théorie congénitale. — Grätzer, en 1879, applique les théories de Conheim sur la pathogénie des tumeurs aux fibromes de la paroi abdominale. Selon lui ces néoplasmes « proviennent de dépôts embryonnaires qui n'ont besoin que de certaines excitations pour croître, marcher et apparaître ».

Aussi rencontrera-t-on ces tumeurs surtout chez la femme à la suite de la grossesse : « chez celle-ci la distension fréquente de la peau du ventre contribue visiblement au développement des germes des tumeurs, d'autant plus que, par le relâchement, la force de résistance physiologique a été amoindrie et l'accroissement des dispositions embryonnaires a été facilité..... » Le point de départ des fibroïdes de la paroi est dans le feuillet postérieur de la gaîne du droit. Dans l'embryon, l'appareil moteur et le canal intestinal sont d'abord représentés par un seul feuillet, le mésoderme. Aux dépens de celui-ci se développe, d'une part, le tube intestinal avec sa séreuse.

S'il est normal de ne pas songer à une séparation parfaite de trois ou quatre feuillets blastodermiques, qu'est-ce qui semble plus simple que la pensée suivante : « Dans un stade quelconque du développement embryonnaire sur les limites du système séreux et musculo-tendineux, une complication intercurrente détermine une hypergenèse ou une déviation des feuillets ou germes. Ceux-ci dans certaines conditions sont excités à s'accroître et se mettent à paraître. Dans l'un des fibromes opérés ici (dont il rapporte l'observation), des faisceaux de fibres

musculaires lisses ont été rencontrés. Ceci me fortifie dans mon opinion. Ceux-ci peuvent appartenir à des vaisseaux qui sont un dérivé du mésoderme ou bien ce peuvent être des muscles striés à la période embryonnaire, ou enfin des muscles lisses, séparés du tube intestinal. Toutes ces dispositions parlent en faveur de la disposition embryonnaire. En admettant le dépôt embryonnaire on explique d'une manière analogue la présence du myxo-fibrome et du fibro-sarcome. »

En un mot, d'après cette théorie, l'origine du fibrome serait congénitale et le développement et l'apparition de la tumeur seraient entraînés par des traumatismes, notamment par la distension de la paroi abdominale au cours de la grossesse.

IV. — Théorie mécanique. — Elle fut émise en 1883 par Hertzog qui « décrit les fibromes de la paroi abdominale comme des cicatrices musculo-aponévrotiques exubérantes et les compare aux cals des fractures ». Il incrimine exclusivement le traumatisme : « Ces tumeurs succédant à un traumatisme auraient pour origine le travail inflammatoire qui répare les muscles ou les aponévroses endommagées; il pourrait se présenter une période intermédiaire, le sang extravasé par suite de la rupture formant d'abord un hématome. Cet hématome se résorberait et se transformerait en une cicatrice, laquelle cicatrice à son tour prendrait une marche compliquée, deviendrait exubérante et enfin passerait à l'état de tumeur. »

V. — Théorie génitale. — Guinard oppose formellement « la théorie génitale à l'origine fibro-musculaire et

ostéo-périostique.... Presque tous les fibromes de la paroi abdominale sont des tumeurs développées aux dépens de la portion intra-pariétale du ligament rond ».

Le ligament rond peut être divisé en trois portions :

1° Une portion intra-abdominale qui s'étend de l'utérus jusqu'au moment où le ligament pénètre dans le trajet inguinal ;

2° Une portion intra-pariétale située dans le trajet inguinal ;

3° Une portion terminale qui va de l'orifice extérieur se perdre dans le mont de Vénus et la grande lèvre.

La deuxième portion seule nous intéresse. Le ligament rond parcourt alors le canal inguinal. Or, comme le fait remarquer Gilis, « en réalité il s'insinue et chemine dans l'épaisseur de la paroi comme un faisceau vasculo-nerveux ordinaire. On ne trouve un véritable canal que chez le fœtus et le nouveau-né quand le diverticule péritonéo-vaginal existe encore, et chez l'adulte quand il s'est formé un canal herniaire acquis ou congénital dans lequel s'engage une portion de viscères abdominaux.

« Mais, chez l'adulte, à l'état normal, si on retrouve facilement les deux orifices pour l'entrée et la sortie du cordon, on ne saurait assimiler à un véritable canal l'interstice qu'occupe ce cordon dans l'épaisseur de la paroi. »

Anatomiquement il n'existe donc pas de paroi supérieure au trajet inguinal, et de même que cela se passe pour les hernies interstitielles de Ramonette, on conçoit qu'un fibrome de la portion pariétale du ligament rond s'insinue entre les plans musculo-aponévrotiques de la paroi abdominale.

Avec la théorie génitale on devrait donc substituer au terme de « fibrome de la paroi abdominale » la dénomination suivante : « Fibrome de la portion intra-pariétale du ligament rond à évolution intra-pariétale ».

OBSERVATION

(Inédite.— Due à l'obligeance de M. le docteur Massot)

Le 27 septembre 1910, un petit garçon de 22 mois né à Belestavy (Pyrénées-Orientales) nous est conduit à l'hôpital de Perpignan avec le diagnostic de « tumeur abdominale ».

Antécédents héréditaires. — Mère bien portante, a accouché normalement. Père inconnu.

Antécédents personnels. — Rougeole à l'âge d'un an.

A l'examen nous constatons la présence un peu au-dessous de l'ombilic d'une tumeur dure, aplatie en galet, du volume d'une mandarine, placée sur la ligne médiane mais empiétant surtout à gauche.

Ce néoplasme a apparu il y a environ cinq mois et depuis s'est développé progressivement.

Quand la paroi abdominale est relâchée, le néoplasme est mobile surtout transversalement ; il est au contraire immobilisé par la contraction de la paroi (signe de Bouchacourt).

La tumeur est et a toujours été indolore.

Ces divers symptômes nous permettent d'éloigner l'hypothèse de tumeur d'un organe abdominal et de porter le dianostic de fibrome de la paroi dont nous décidons l'extirpation.

Opération le 2 octobre 1910, champ opératoire suivant le procédé habituel. Anesthésie au chloroforme. Nous faisons une incision de 6 cm. environ parallèle à la ligne blanche et à sa gauche. Nous sectionnons successivement la peau, la paroi antérieure de la gaîne des droits et le grand droit de l'abdomen. Immédiatement au-dessous de ce muscle nous trouvons la tumeur qui par sa face postérieure est en rapport avec le péritoine auquel elle adhère intimement.

Pour extirper la tumeur nous devons inciser le péritoine le long de son bord.

La tumeur enlevée, suture des différents plans, pansement.

Ablation des crins le 9me jour.

Réunion par première intention.

L'enfant quitte le service guéri

Examen mâcroscopique de la tumeur. — Tumeur très dure, peu vascularisée, criant sous le scalpel ; grisâtre, recouverte d'une membrane d'enveloppe très adhérente, elle pèse 45 grammes et mesure 5 centim. de haut sur 4 centim. de large.

Examen histologique (dû à l'obligeance de M. le professeur Bosc). — « La tumeur est formée de tissu musculaire à fibres lisses, de larges bandes de tissu fibreux qui par endroits est fortement œdématié ; à larges mailles fournies de cellules réunies par leurs extrémités, et par des placards de tissu myxomateux typique. La tumeur est traversée par des artérioles à parois

épaissies par prolifération endo et périthéliale. Enfin en de très rares points on trouve des espaces remplis de très grosses cellules à noyau volumineux ou multiples ressemblant à des cellules sarcomateuses ou à des cellules syncitiales peu développées.

Diagnostic : fibro-myo-myxome avec amas de cellules du type sarcomateux. »

Avant d'entrer dans la discussion de ces diverses théories pathogéniques, nous tenons à faire un relevé du siège de la tumeur et de l'âge et sexe du malade dans les diverses observations que nous avons pu recueillir.

1. Tillaux, 1885. — Femme 24 ans. F. au voisinage de la crête iliaque droite.
2. Tillaux, 1888. — Vierge 20 ans. F. région inguinale gauche.
3. Tillaux, 1888. — Femme 31 ans. F. région inguinale droite.
4. Verneuil, 1881. — Femme 28 ans. F. ligne blanche au-dessous de l'ombilic.
5. Verneuil, 1879. — Homme 55 ans. F. à droite au-dessus de l'ombilic.
6. Verneuil, 1883. — Homme 45 ans. F. région inguinale droite.
7. Sappey, 1849. — Homme 51 ans. Fibro-sarcome région ombilicale.
8. Trélat, 1883. — Femme 32 ans. F. région inguinale droite.

9. Trélat, 1883. — Femme 26 ans. F. région inguinale droite.
10. Nicaise, 1886. — Femme 24 ans. F. région inguinale droite.
11. Nicaise, 1877. — Femme 43 ans. F. voisinage crête iliaque gauche.
12. Panas, 1877. — Fille 21 ans. F. voisinage crête iliaque gauche.
13. Terrillon, 1877. — Femme 35 ans. F. région inguinale droite.
14. Terrillon, 1881. — Femme 37 ans. F. région inguinale droite.
15. Nimange, 1850. — Homme 55 ans. F. à droite et au-dessus de l'ombilic.
16. Nélaton, 1862. — Femme 26 ans. F. région inguinale droite.
17. Thèse de Baudin. — Obs. 1. — Femme 26 ans. F. région inguinale droite.
18. — Obs. 2. — Femme 27 ans. F. région inguinale gauche.
19. — Obs. 3. — Femme 39 ans. F. région inguinale gauche.
20. — Obs. 4. — Femme 53 ans. F. hypochondre gauche.
21. — Obs. 5. — Femme 28 ans. F. hypochondre gauche.
22. — Obs. 6. — Femme 33 ans. Traumatisme. F. de l'épigastre.
23. Cornils. — Obs. 1. — Femme 25 ans. F. région ombilicale.
24. — Obs. 2. — Femme 34 ans. F. à droite de l'ombilic.

25. Cornils. — Obs. 3. — Femme 29 ans. F. région inguinale droite.
26. Billroth, 1874. — Femme 24 ans. F. région inguinale droite.
27. Thèse de Suadicani. Obs. 1. — Femme 29 ans. F. du grand oblique.
28. Obs. 2. — Femme 24 ans. F. flanc droit.
29. Obs. 3. — Femme 26 ans. F. région inguinale gauche.
30. Obs. 4. — Femme 31 ans. F. hypocondre gauche.
31. Obs. 5. — Femme 28 ans. F. flanc droit.
32. Thomas 1879. — Femme enceinte. F. de la gaîne des droits au niveau de l'épigastre.
33. Péan. — Femme enceinte. F. de la région inguinale.
34. Williams, 1880. — Femme. F. hypochondre droit.
35. Homks, 1879. — Femme 24 ans. F. flanc droit.
36. Letailleur. — Femme 24 ans. F. de l'hypogastre.
37. Clairon. — Femme 21 ans. F. de la fosse iliaque droite.
38. Broca. — Femme 26 ans. F. de la fosse iliaque droite.
39. Bard, 1877. — Femme 27 ans. F. de l'hypogastre.
40. Desprez, 1878. — Femme 80 ans. F. région inguinale gauche.
41. Gaucher, 1878. — Homme. Fibro-sarcome du flanc droit.
42. Reisz. — Femme 50 ans. Myxo-sarcome de l'hypogastre.
43. Paget. — Femme 60 ans. F. de la gaîne des droits.
44. Sklifossowski. — Femme 33 ans. F. du flanc droit.
44. Sklifossowski. — Homme 21 ans. F. du flanc gauche.
46. Lebec. — Fille. F. région inguinale.

17. Brüntzell. — Femme 28 ans. F. hypochondre gauche.
18. Rokitansky. — Femme 52 ans. F. descendant jusqu'au genou.
19. Duchaussoy, 1885. — Femme 24 ans. Fibromyome de la partie inférieure gauche de l'abdomen.
50. Boulanger, 1843. — Homme 32 ans. F. de l'hypogastre.
51. Baker-Brown. — Femme 36 ans. F. de l'hypogastre.
52. Bouchacourt. — Femme 25 ans. F. fosse iliaque droite.
53. Brun, 1886. — Femme 27 ans. F. fosse iliaque droite.
54. Daniel Molière, 1886. — Femme 24 ans. F. hypochondre droit.
55. Laroyenne, 1869. — Femme 36 ans. F. fosse iliaque droite.
56. Jahresber. — Femme 37 ans. F. du flanc droit.
57. Cameron. — Femme 55 ans. F. région inguinale droite.
58. Payet, 1856. — Homme 27 ans. F. ligne blanche au-dessous de l'ombilic.
59. Dittel. — Femme 36 ans. F. région inguinale.
60. Boye. — Femme 29 ans. F. flanc droit.
61. Ebner. — Femme 25 ans. F. de l'hypogastre.
62. Singer. — Femme 26 ans. F. de l'hypochondre gauche.
63. Tédenat, 1897. — Vierge de 18 ans. F. de fosse iliaque droite.
64. Kramer. — Fillette de 14 ans. F. de la région ombilicale datant de l'âge de 2 ans.

65. Kramer. — Fillette de 4 ans et demi. F. de l'épigastre un peu à droite.
66. Volkmann, 1879. — Homme 43 ans. F. fosse iliaque.
67. Hartmann. — Femme 27 ans. F. région inguinale droite.
68. Van Engelen, 1896. — Femme 35 ans. Fibro-myome région inguinale.
69. Poncet, 1898. — Femme 27 ans. Fibro-myome au flanc gauche.
70. Doléris, 1891. — Femme 37 ans. Fibro-myome de l'hypogastre.
71. Doléris, 1895. — Femme 26 ans. Fibro-myome de la région inguinale.
72. Glantenay, 1898. — Femme. Fibro-myome région inguinale.
73. Grätzer, 1879. — Femme 33 ans. F. dans les deux flancs.
74. Fredet, 1903. — Femme. F. de la gaîne du grand droit gauche.
75. Hassler, 1895. — Soldat. F. au-dessous de l'ombilic.
76. Potherat, 1903. — Homme 40 ans. F. de l'hypochondre droit.
77. Routier, 1909. — Femme 23 ans. 2 fibromes, l'un aux dépens du grand droit, l'autre aux dépens de la gaîne du grand droit du côté opposé.
78. Reclus, 1895. — Homme. F. de la paroi abdominale.

ÉTUDE PATHOGÉNIQUE CRITIQUE

Sur cet ensemble de 80 observations, la plupart relatent des fibromes de la région inguinale chez la femme.

Avant d'entreprendre la discussion des diverses théories pathogéniques, il importe de les classer en groupes :

24 sont relatives à des fibromes de la région inguinale chez la femme, 5 indiquent des fibromes chez des fillettes ou des vierges, siégeant deux fois dans la région inguinale, une fois au voisinage de la crête iliaque et dans les deux derniers cas dans l'épigastre et dans l'ombilic.

Dans 7 cas, fibromes sous-ombilicaux chez la femme. Chez la femme encore, le fibrome était placé deux fois au voisinage de la crête iliaque, 6 fois dans l'hypochondre, 4 fois dans la région ombilicale, 5 fois dans le flanc, 3 fois à l'épigastre, une fois enfin, il s'agissait d'un fibrosarcome du flanc.

11 observations sont relatives à des fibromes ou fibrosarcomes chez l'homme. Nous disons fibromes ou fibrosarcomes, car la nature maligne a été démontrée dans l'observation de Sappey, n° 7, et dans l'observation de Gaucher, n° 11 ; d'autre part, dans la majeure partie des

cas, on ne donne pas l'examen histologique de la tumeur.

Ce néoplasme était placé 3 fois au voisinage de l'ombilic, 1 fois dans la région inguinale, 2 fois dans le flanc, 1 fois au-dessous de l'ombilic, enfin dans notre observation il s'agit d'un fibro-myo-myxome de la ligne blanche chez un enfant du sexe mâle.

La présence de fibres musculaires lisses a été signalée aussi 6 fois dans les fibromes de la paroi abdominale chez la femme siégeant dans la moitié des cas dans la région inguinale.

Il existe encore 1 ou 5 autres observations de fibromyomes, nous regrettons de n'avoir pas pu les signaler.

Nous n'insisterons pas sur la théorie d'Huguier et Nélaton, suivant laquelle le fibrome toujours relié au squelette par un pédicule devrait être considéré comme étant d'origine ostéo-périostique. MM. Labbé et Rémy, critiquant les observations signalant des pédicules, concluent que « le pédicule n'existe pas souvent, s'il a jamais existé ». Et nous devons reconnaître que dans aucune des observations mentionnant un pédicule il n'y a de description précise de cette implantation périostique. « Richet et Broca sentirent le pédicule, mais aucun des deux ne le vit. »

Péan (Obs. n° 33) avait trouvé à l'examen clinique un pédicule très net et à l'opération il constata que ce pédicule se perdait dans la paroi sans aboutir jusqu'au squelette.

Tillaux fait une remarque analogue. Aussi n'admettons-nous pas cette théorie.

Il est certain que la théorie musculo-aponévrotique est très acceptable et on ne saurait en effet soutenir que les muscles et aponévroses de l'abdomen ne puissent pas

donner naissance à des formations néoplasiques de même que les autres muscles et aponévroses de l'organisme. Cette théorie semble pouvoir seule expliquer le cas de Sappey (n° 7) et aussi le plus grand nombre des cas de fibromes chez l'homme. On ne saurait invoquer ici un rôle joué par le ligament rond qui n'existe pas. D'autre part, l'absence de traumatisme semble nous obliger à rejeter la théorie mécanique.

Prenant maintenant notre observation, pouvons-nous considérer le fibro-myo-myxome qu'elle décrit comme d'origine musculo-aponévrotique ? Non, et pour plusieurs raisons :

1° Son indépendance des muscles et aponévroses. Il est situé en effet au-dessous du grand droit dont il est indépendant. Or, à ce niveau le feuillet postérieur de la gaîne des droits est constitué par le fascia transversalis seul, c'est-à-dire par du tissu conjonctif condensé au-dessus du péritoine.

2° A l'examen histologique de la tumeur on a trouvé de nombreuses fibres musculaires lisses. Nous ne voyons pas comment expliquer la présence d'un tel élément dans un fibrome musculaire ou aponévrotique. Aussi pour ces deux raisons cette explication nous paraît devoir être rejetée.

La théorie de Grätzer peut à elle seule expliquer tous les néoplasmes de la paroi. Il est certain que grâce à elle nous pouvons expliquer la présence de fibres lisses dans le fibrome : « Ceux-ci, dit Grätzer, peuvent appartenir à des vaisseaux ou bien ce peuvent être des muscles striés à la période embryonnaire ou enfin des muscles lisses séparés du tube intestinal. » Cette dernière hypothèse seule est inadmissible. En aucun stade du développement embryonnaire, il ne peut y avoir passage

des éléments musculaires de l'intestin dans la paroi, étant donné qu'il se développe dans le feuillet splanchnique séparé du feuillet somatique par le cœlome. Cependant on ne peut nier la possibilité de dépôts embryonnaires, mais là se pose la question : Quels dépôts ! La théorie Grätzer manque de précision, il y a trop d'hypothèses, pas assez de faits. Nous retiendrons néanmoins que l'origine congénitale de ces néoplasmes est la seule explication qui puisse être donnée pour l'observation n° 65 de Kramer relative à une petite fille de 4 ans et demi, porteuse d'un néoplasme de la région épigastrique droite. La tumeur indépendante de le peau était de consistance dure et peu mobile. La sage-femme qui accoucha la mère se rappelle, peu de temps après la naissance de l'enfant, que la tumeur existait déjà de la grosseur d'une noisette. Depuis lors elle serait restée stationnaire pendant deux ans pour se développer progressivement pendant la deuxième et la troisième année.

La tumeur siégeait sur le fascia transversalis et était très adhérente au péritoine que l'on dut réséquer en plusieurs points.

Il nous reste encore à examiner deux théories : La théorie mécanique d'après laquelle la tumeur est d'origine cicatricielle et qui s'appuie sur un certain nombre d'observation, entre autres celles du n° 22 dans laquelle il s'agit d'une tumeur siégeant dans la région épigastrique et qui s'est développée après un traumatisme.

L'observation de Paget n° 38 est absolument analogue. Dans ce cas-là, le rôle du traumatisme est indéniable.

D'autres arguments militent en faveur de cette théorie. Nous voyons que fréquemment c'est pendant la grossesse ou peu de temps après que se développe le fibrome.

Labbé et Rémy, en envisageant la grossesse comme une cause dans le développement des fibromes, n'ont fait qu'appliquer à un cas particulier la théorie mécanique.

Tout en reconnaissant au traumatisme un rôle prépondérant dans certains cas exceptionnels, nous estimons que dans la majeure partie des cas le traumatisme n'intervient que comme cause occasionnelle.

Le petit garçon dont nous publions l'observation n'a eu aucun traumatisme, du moins qui nous ait été signalé, et d'ailleurs la théorie mécanique serait impuissante à nous expliquer la présence de fibres musculaires lisses.

Reste une dernière opinion suivant laquelle les fibromes ont eu en réalité pour origine le ligament rond. Cette théorie est très séduisante. En effet, le fibrome se voit surtout chez la femme ; dans la majeure partie des cas, il apparaît dans la région inguinale, tout autant de points qui militent en faveur de cette théorie. Enfin cette théorie explique très bien sa présence de fibres musculaires lisses, présence qui n'est pas aussi exceptionnelle que ce qu'on pourrait le croire. « Les fibro-myomes de la paroi abdominale, disent Doléris et Mangin, ne sont pas aussi exceptionnels qu'on pourrait le croire. M. Gombault, à qui nous avions montré les préparations de ces 3 cas, nous a dit avoir eu l'occasion de pratiquer 2 ou 3 fois l'examen histologique de fibromes de la paroi abdominale et d'avoir également constaté qu'il s'agissait de fibro-myomes. »

Faudra-t-il admettre avec Poncet, pour expliquer ces fibro-myomes, que pendant la grossesse il existe dans la paroi abdominale des fibres musculaires lisses ou encore penser que ces éléments viennent d'artères ou de veines

de la paroi ? Il est beaucoup plus simple d'admettre que les fibro-myomes et les fibromes se sont développés aux dépens du ligament rond, et qu'on peut retrouver dans leur constitution les fibres lisses de cet organe.

Cependant cette théorie ne peut expliquer tous les fibromes même chez la femme, car chez l'homme elle ne saurait rentrer en ligne. Nous avons vu que dans un certain nombre de cas le fibrome était situé à une trop grande distance de la région inguinale pour s'être développé aux dépens du ligament rond. Pour soutenir la théorie dans de pareils cas, il faudrait admettre avec Léopold l'existence de fibres aberrantes du ligament rond, dispersées dans l'abdomen, ou encore la promenade du fibrome dans la paroi abdominale comme le rapporte l'observation d'Hartmann n° 67. Cette observation relate l'histoire d'une malade de 27 ans dont la tumeur, primitivement située au voisinage de l'arcade crurale droite, serait allée se placer sous l'ombilic sous l'influence de la grossesse.

Quoi qu'il en soit, cette théorie ne peut s'appliquer à notre cas, dans lequel tout est explicable par la théorie de Grätzer. La présence de tissus divers, fibres conjonctives, fibres musculaires lisses, cellules syncitiales ou sarcomateuses, militent en l'honneur de l'origine congénitale de la tumeur.

Un point reste à établir : l'origine du dépôt embryonnaire. Sans poser aucune conclusion à ce sujet, étant donné sa situation dans le voisinage, nous nous demandons si l'ouraque n'est pour rien dans la genèse du dépôt embryonnaire.

CONCLUSIONS

I. — Les fibromes de la paroi abdominale se rencontrent presque toujours chez la femme et généralement dans la région inguinale.

II. — *Ces tumeurs sont exceptionnelles chez l'homme; nous n'avons trouvé dans la littérature médicale aucune observation analogue à la nôtre.*

III. — Parmi les théories pathogéniques, la théorie génitale donnant pour origine au fibrome le ligament rond semble applicable à la majorité des cas.

IV. — Le rôle du traumatisme et l'origine musculo-aponévrotique de la tumeur sont indéniables dans certaines observations.

V. — Dans le cas particulier que nous publions, la théorie de Grätzer semble seule acceptable.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

1843. Boulanger. — Tumeur fibreuse hypogastrique (Bull. Acad.).

1845. Blandin. — Journal de méd. et de chirurgie pratiques, t. XVI, p. 112.

1850. Sappey. — Gazette des hôpitaux, janvier, p. 29.

Limange. — Gazette des hôpitaux, 14 février.

1855. Verneuil. — Société de biologie, 2e série, t. II, p. 183.

1856. Cruveilhier. — Traité d'anat. prat., t. III, p. 641.

Paget. — The Lancet, t. I, p. 625.

1860. Huguier. — Société de chirurgie.

1861. Bodin. — Thèse de Paris.

1862. Nélaton. — Sur une espèce particulière de tumeurs auxquelles on peut donner le nom de tumeur fibreuse de la fosse iliaque (Gazette des hôpitaux, 16 février, p. 77).

1865. Cornils. — De nonnullis fibromatis in teguminibus abdomnis (Th. de Kiel).

1867. Vireboux. — Pathologie des tumeurs, t. I, p. 351.

Ficher. — Jahresber. Virchow's, t. II, p. 457.

Sydow (de Gèfle). — Jahresber. Virchow's, t. II, p. 450.

1873. Panas. — Gazette des hôpitaux, p. 677.

Labbé. — Société de chirurgie.

1884. Desprès. — Tum. fibr. de la fosse iliaque (Dictionnaire de Jaccoud, t. XVIII, p. 409).

Clark. — Medical Times and Gazette.

1875. Guyon. — Bulletin de la Société de chirurgie.

E. Suadicani. — Thèse de Kiel.

Cameroon. — Glasgow medical Journal.

Tillaux. — Société de chirurgie.

Virchow. — Archiv. f. Anat. norm. path., t. LXIII, p. 566.

1876. Salesse. — Thèse de Paris.

1877. Bard. — Fibrome aponévrotique intrapariétal de la paroi abdominale (Lyon médical, t. XXVI, p. 301).

Denonviliers. — Société de chir.

Guyon. — Des fibromes apon. intrapariétaux, en particulier dans la région cervico-dorsale (Acad. de médecine. Tribune médicale).

1878. Gaucher. — Bulletin de la Société anatomique.

Letailleur. — Revue de chirurgie.

1879. Gratzer. — Arch. für Anat. Virchows, t. I, p. 261.

Thomas (de New-York). — American Journal of obstet., t. XII, p. 598, 21 janvier.

Bouilly. — Tumeurs aiguës et chroniques de la cavité prépéritonéale de Retzius (Thèse d'agrégation, Paris).

Cornélius Williams. — New-York medical Journal, janvier.

Ebner (Ludwig). — Grosses Fibromes der Basschdecken. Extirpation (Berliner klin. Wochens., n° 37, p. 528).

Spencer Wells. — Berliner klin. Wochens., p. 530.

Reisz. — Jahresber. Wirchow's, t. II, p. 297.

Rokitansky. — Wiener medical Presse, n° 9.

Verneuil. — Bulletin de la Société anatomique, novembre.

1862. Sklifossowski. — Vratch (St-Pétersbourg, n° 18).

Maksoud Charetin. — Etude sur un cas de fibrome malin de la fosse iliaque chez un homme (Thèse de Paris).

1884. Grant. — The Lancet, t. I, p. 891.

Senyer. — Archiv. für Gynækologie, t. XIV, 1.

1886. Brun. — Annales de gynécologie et d'obstétrique, t. XXVI.

Le Dentu. — Société de chirurgie.

Damalix. — Thèse de Paris.

1886. Daniel Mollière. — Sur un cas de fibrome aponévrotique des parois abdominales sans adhérence au squelette (Gazette des hôpitaux, p. 394 et 411).

Duret et Leplat. — Bulletin de la Société anatomo-clinique de Lille.

Terrillon. — Bulletin général de thérapeutique.

1887. Peyrot. — Manuel de pathologie externe, p. 446.

1888. Tillaux. — Des tumeurs fibreuses péri-pelviennes chez la femme (Annales de gynécologie et d'obstétrique, janvier, p. 30).

Terrillon. — Archives générales de médecine, avril-mai.

Labbé. — Traité des fibromes de la paroi abdominale.

Segond. — Fibro-sarcome de la paroi abdominale (Gazette des hôpitaux, 10 juillet 1888.

1890. Ledherose. — Deutsche Chirurgie (Stuttgart, 1890).

1891. Ledru. — Cinquième Congrès français de chirurgie.

Noget. — Gazette médicale de Paris.

Tillaux. — Chirurgie clinique, t. II.

1893. Témoin. — Septième Congrès de chirurgie.

Monod. — Bulletin de la Société de chirurgie.

1894. Bergé. — Bulletin de la Société de chirurgie.

Follet. — Bulletin médical du Nord.

Verneuil et Quénu. — Bulletin de la Société de chirurgie.

1895. Claude et Tuffier. — Bulletin de la Société anatomique.

Hassler (Dr). — Gazette des hôpitaux.

1896. Kramer. — Semaine médicale.

Delbet et Heresco. — Fibromes du ligament rond (Revue de chirurgie).

1889. Guinard. — Revue de chirurgie.

1899. Puyaubert. — Thèse de Paris.

1902. Caubet. — Société anatomique, p. 714.

1903. Fredet. — Société anatomique, p. 712.

Potherat. — Société de chirurgie, p. 382.

1909. Routier. — Société de chirurgie, p. 976.

Vu et permis d'imprimer :
Montpellier, le 26 novembre 1910.
Le Recteur,
Ant. BENOIST.

Vu et approuvé :
Montpellier, le 25 novembre 1910.
Le Doyen,
MAIRET.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!